N° 17

DE QUELQUES COMPLICATIONS

DE

LA GRIPPE

OBSERVÉES

PENDANT L'ÉPIDÉMIE 1889-90

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Mars 1890

Par Hector TAGENT

Né à Romanèche-Thorins (Saône-et-Loire), le 11 mai 1858

On peut exiger beaucoup de celui qui écrit pour acquérir de la gloire; celui qui remplit un devoir, satisfait à une obligation, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses juges et de ses lecteurs.

(La Bruyère.)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gustave FIRMIN ET MONTANE

3, Place de la Mairie, 3

M DCCC LXXXX

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Opérations et appareils	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (✲).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✲).
Anatomie.	PAULET (O. ✲ ✲).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Pathologie externe (Ch. d. c.).	FORGUE.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✲ C. ✲).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des vieillards . . .	MM. MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique	TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .	BROUSSE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. DE GIRARD	MM. TRUC	MM. SARDA
BLAISE	GERBAUD	ESTOR
BAUMEL	GILIS	HÉDON
VILLE	BOINET	LECERCLE
FORGUE	BROUSSE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET, *président.*
CARRIEU, *professeur.*
BLAISE, *agrégé.*
BROUSSE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA MÈRE

H. TAGENT.

A LA MÉMOIRE

De mon Père et de mon Oncle P. C.

A mon frère RENÉ

A MES COUSINS

A MES AMIS D'ENFANCE

M. le docteur F. MONVENOUX. — M. J. CHARMONT, professeur a la Faculté de droit de Montpellier. — M. J. MAZOYER. — — M. J. LAPIERRE. — M. H. MALATIER. — M. le docteur C. AUBERT.

H. TAGENT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur GRASSET

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER ET DE LA FACULTÉ DE LYON

A mes Condisciples de Montpellier et de Lyon

MEIS ET AMICIS

H. TAGENT.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas voulu étudier la grippe ; nous nous sommes borné à rapporter quelques-unes des observations qui nous ont le plus frappé pendant l'épidémie de cet hiver.

Le sujet est plein d'actualité ; il n'y a pas un mois, les salles étaient pleines de malades ; bien rares étaient les personnes qui n'avaient pas été atteintes, et nous voyons encore des convalescents de la grippe, quoique la maladie ait complètement disparu. En outre, M. le professeur Grasset faisait, dans l'amphithéâtre des cliniques, des leçons sur l'épidémie ; nous étions naturellement porté à nous occuper de la grippe dans notre thèse inaugurale, tout en reconnaissant que la suivre dans ses diverses manifestations était une tâche bien difficile et bien au-dessus de nos forces.

Nous remercions M. le professeur Grasset de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre modeste travail ; le temps nous a empêché de lui présenter un tribut digne de lui et de ses savantes leçons.

Nous ne voulons pas passer sous silence l'empressement avec lequel M. le professeur-agrégé Boinet a mis à notre disposition son laboratoire de la Clinique médicale, ses recherches

et ses préparations microscopiques ; nous lui offrons l'expression de notre vive gratitude.

Que nos excellents amis de Lyon, M. le Dr Josserand, médecin des hôpitaux, et M. le Dr Roque, professeur-agrégé à la Faculté de Médecine, acceptent aussi nos remercîments pour le nouveau témoignage d'affection qu'ils nous ont donné dans cette circonstance ; à notre vieil ami le Dr Monvenoux, de la Faculté de Paris, nous adressons aussi nos remercîments, avec l'assurance de notre amitié si sincère.

Notre travail est divisé en trois chapitres : 1° Dans un premier chapitre, nous cherchons à définir la grippe d'après les idées des différents auteurs qui s'en sont occupés et nous donnons une brève description des symptômes par lesquels elle se manifeste.

Le chapitre II est consacré aux complications que nous avons eu l'occasion d'observer et qui se rapportent à l'appareil respiratoire, circulatoire et nerveux.

Enfin, dans un troisième chapitre, nous avons essayé de mettre en lumière la nature et la pathogénie de la grippe et de chercher le pourquoi de ces complications si diverses, en conciliant les vieilles théories, pures conceptions cliniques, avec les résultats fournis par le microscope.

DE QUELQUES COMPLICATIONS

DE

LA GRIPPE

OBSERVÉES

PENDANT L'ÉPIDÉMIE 1889-90

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA GRIPPE

Dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Gintrac appelle la grippe « une affection catarrhale épidémique, caractérisée par une congestion ou une phlegmasie des muqueuses nasale, pharyngienne et laryngo-bronchique, avec mouvement fébrile plus ou moins prononcé, céphalalgie gravative, douleur contusive des membres et affaiblissement général. »

Pour Dieulafoy, la grippe ou fièvre catarrhale est une affection catarrhale essentiellement épidémique, qui intéresse surtout l'appareil respiratoire, et qui présente, en outre, des

symptômes dont les caractères et l'intensité sont variables suivant l'épidémie.

Jaccoud ne donne pas de définition. « Par l'ensemble de ses caractères, qui sont d'autant plus accusés que la maladie est plus grave, l'influenza s'affirme une maladie générale dont les déterminations locales occupent l'appareil respiratoire, auquel elles peuvent rester limitées, tandis que, dans d'autres cas, elles affectent en même temps, avec une intensité variable, le système cérébro-spinal et l'appareil digestif.

» Pour ces motifs, je n'ai pu ranger la grippe parmi les maladies des bronches, et j'ai dû la classer dans les maladies généralisées, auxquelles j'ai assigné pour caractères distinctifs l'absence de localisation fixe, univoque et la diffusion des déterminations morbides. »

Et M. le professeur Grasset, dans ses *Leçons cliniques,* dit : « Je n'essaierai pas, de vous soumettre à mon tour une définition, et me bornerai à vous énumérer les caractères constitutifs de la grippe :

1° C'est une maladie catarrhale, au sens ancien du mot ;

2° Elle constitue une maladie épidémique à diffusion extrême ;

3° Les localisations respiratoires sont fréquentes ;

4° L'élément nerveux est très marqué ;

5° L'action sur les forces est évidente ;

6° La bénignité et la courte durée de la maladie considérée en elle-même, contrastent avec la gravité des complications et la lenteur de la convalescence.

SYMPTÔMES

Nous donnerons rapidement une description de la grippe régulière, de celle à laquelle on serait tenté, comme Sydenham pour la scarlatine, de refuser le nom de maladie. Broussais, d'ailleurs, ne pensait pas autrement quand il appelait la grippe « une entité, un être de raison, une invention de gens sans le sou et de médecins sans clients, qui, n'ayant rien de mieux à faire se sont amusés à créer ce farfadet. » C'est, en d'autres termes, la négation de la grippe, à laquelle pourtant croyaient les contemporains eux-mêmes de Broussais.

La grippe s'annonce ordinairement par des frissons plus ou moins intenses, des douleurs contusives dans les membres, le long du rachis, un malaise général, de la lassitude, une céphalalgie sus-orbitaire, un sentiment de profonde faiblesse, un mal de gorge intense, quelquefois des nausées et des vomissements. Le malade est agité, anxieux, cherche en vain le sommeil. En un mot, le début de la grippe ressemble absolument à celui des maladies aiguës, et si la constitution régnante ne mettait en garde médecin et malade, on pourrait se croire au début d'une très grave maladie.

Les symptômes de la grippe sont nombreux et variés ; ils ont pour siège spécial les nombreuses muqueuses, le système nerveux, les appareils circulatoire et sécréteur ; il n'est presque aucune membrane muqueuse qui ne soit atteinte.

Dans beaucoup de cas, un coryza plus ou moins intense ouvre la scène, rendant encore plus pénible la céphalalgie prodromique, à cause des éternuments et de l'enchifrènement qu'il cause. Les épistaxis ne sont pas rares alors ; elles sont dues à l'éréthisme circulatoire ou à la violence de la toux.

La face est congestionnée, vultueuse ; la muqueuse oculaire est rouge, brillante, sensible ; il y a de la photophobie et du larmoiement. Le pharynx présente des traces d'irritation, les amygdales sont tuméfiées. Un picotement très désagréable se fait d'abord sentir derrière la poignée du sternum ; il est bientôt remplacé par une sensation d'ardeur, de chaleur, qui se change parfois en une véritable douleur pongitive. La voix devient rauque ; la toux se déclare alors retentissante, opiniâtre, pénible et quinteuse, mais sèche, de nature nerveuse, car l'état des poumons et des bronches n'explique en rien la fréquence de cette toux. La dyspnée aussi vient prêter son concours à ce cortège de symptômes et augmenter l'agitation dans laquelle se trouve le malade. Mais bientôt, la muqueuse, de sèche qu'elle était, devient humide: il se fait une expectoration formée d'abord par un mucus diaphane, séreux ; plus tard, les crachats sont abondants, opaques, verdâtres, nummulaires.

La percussion ne fournit en général aucun résultat important.

L'auscultation fait entendre quelques râles ronflants, sibilants et muqueux, nullement en rapport avec l'acuité des phénomènes thoraciques.

L'appareil digestif est fréquemment atteint ; il devient le siège de troubles qui, par leur fréquence, peuvent être considérés comme un des éléments principaux de la grippe ; la langue est blanche ; l'estomac exprime sa souffrance par des nausées, par des vomissements quelquefois ; la plupart des malades ont « le cœur sur les lèvres ». On note de l'inappétence, un défaut absolu de l'appétit, de la soif, des coliques parfois, de la diarrhée ou de la constipation.

La fièvre qui s'est déclarée au début et souvent avant les premiers signes de catarrhe, s'est rapidement élevée ; elle est rémittente, à exaspérations vespérales et se termine le matin

par de la sueur. Les températures de 39 et 40 degrés ne sont pas rares. Le pouls, dans les premiers jours, est rapide et dur ; plus tard, rapide et mou, puis il revient à une fréquence normale. Vers la fin de la maladie, il devient plein, fort et vibrant.

Les urines sont ordinairement rares, rouges au moment de leur émission; elles déposent un sédiment abondant et laissent sur les parois du vase une pellicule rose. Elles présentent quelque analogie avec l'urine des affections arthritiques ou goutteuses. Elles renferment quelquefois un peu d'albumine.

Tel est le type complet de la grippe, celui qui nous a été donné fréquement d'observer, qui a présenté le plus ordinairement une durée de un à deux septénaires, marchant plus rapidement chez les jeunes sujets que chez les adultes et les vieillards. Après la disparition des principaux symptômes, les malades ont conservé, dans l'immense majorité des cas et pendant plusieurs jours, de la faiblesse, de la lassitude, des douleurs vagues, de la toux, de l'inappétence et une grande susceptibilité aux impressions vives de l'air, ce qui explique les rechutes fréquentes.

M. le professeur Grasset signale deux autres types à côté de celui que nous venons de décrire ; le premier, à allures plus réduites, dans lequel la maladie débute comme un rhume vulgaire dont on ne se préoccupe guère, sans fièvre ni perte d'appétit ; puis surviennent le froid, que l'on sent même devant le feu, la toux sèche, quinteuse, horriblement pénible, s'accompagnant d'une sensation de cuisson vive en arrière du sternum. « Et cependant, on peut, dans cette forme, conserver l'appétit et rester sans fièvre durant toute l'évolution morbide ; mais ce que l'on ressent toujours, c'est une sensation de faiblesse, de lassitude, qui persiste quelque temps et retarde la convalescence. »

Le deuxième type est appelé par M. Grasset gastro-intestinal.

« Sous cette dénomination, dit-il, je n'entends point les cas dans lesquels on observe des nausées ou des vomissements ; je ne fais rentrer dans cette forme que les faits dans lesquels les accidents gastro-intestinaux ont été le phénomène dominant. Dans certains cas, je me suis trouvé en présence du syndrome cholérique presque parfait.

» Ce qu'il y a de très remarquable dans ce type, c'est que la convalescence, traînante comme dans les autres formes, se caractérise exclusivement par des phénomènes du même ordre, c'est-à-dire par des troubles gastro-intestinaux et non par de la toux. »

CHAPITRE II

COMPLICATIONS DE LA GRIPPE

Observations

En principe, la grippe est une maladie bénigne; si l'on songe à la quantité énorme de gens atteints qui, au bout de quelques jours, ont pu reprendre leurs occupations ; il est très heureux qu'il en soit ainsi, car une épidémie de grippe ferait plus de ravages en peu de temps que la guerre la plus meurtrière, et serait un désastre public. Cependant, combien d'individus ont eu, en outre de la grippe, des maladies qui les ont beaucoup plus inquiétés que l'affection initiale elle-même ! Nous nous sommes tracé un cadre parfaitement limité quand nous nous sommes proposé de rapporter les complications auxquelles nous avons assisté nous-même. Toutefois nous ne pouvons passer sous silence les complications décrites par les divers auteurs, toujours pendant l'épidémie de 1889-90.

Le Dr Landolt a attiré l'attention des praticiens sur certaines manifestations oculaires, telles que la conjonctivite due à la continuité des muqueuses oculaire et nasale, et à la propagation facile d'une inflammation de la pituitaire à la conjonctive, l'œdème des paupières survenant à la période de convalescence et durant une quinzaine de jours, des abcès de la paupière survenant lorsque les symptômes de l'affection ont disparu, voire même plusieurs semaines après sa guérison.

A la Société de médecine berlinoise, le 8 janvier 1890, M. Holz communiquait cinq cas d'influenza suivis de complications graves : une épistaxis rebelle au point de compromettre la vie, deux entérites cholériformes si graves, que les malades furent prises de convulsions et perdirent connaissance vingt-quatre heures, une névralgie syphilitique réveillée par la grippe, intéressant la première et la seconde branche du trijumeau gauche ; enfin, une tuméfaction inflammatoire de la moitié droite de la glande thyroïde, tuméfaction qui amena la paralysie du sympathique cervical droit.

La tuméfaction de la rate, la grande tendance aux hémorragies, aux hématuries, aux métrorragies, sont notées partout. Des maux de tête violents, des névralgies du sciatique, des accidents cérébraux, des méningites; des otites, du délire, du coma, des accidents douloureux ressemblant de loin à l'angine de poitrine, des lipothymies, des syncopes, des symptômes graves de collapsus cardiaque attirent l'attention du monde médical. On note un embarras gastrique, grave, infectieux, pendant lequel la langue reste pendant des semaines et des mois couverte d'un épais enduit saburral ; il y a inappétence absolue; la rate et le foie sont gros ; les urines, rares, peuvent contenir de l'albumine, les garde-robes sont fétides, la prostration des forces extrême.

En France, à l'étranger, toutes les Sociétés savantes s'occupent des localisations multiples de la grippe; nous n'avons fait que les énumérer, notre intention n'étant pas d'étudier les complications de la grippe, mais simplement d'exposer celles que nous avons vues. Nous suivrons l'ordre suivant :

Dans un premier groupe, nous étudierons les complications portant sur l'appareil respiratoire : bronchites, broncho-pneumonies, broncho-pleuro-pneumonies, infection bacillaire.

Dans un deuxième groupe, les complications portant sur l'appareil circulatoire.

Dans un troisième groupe, les complications portant sur le système nerveux.

A. Complications de l'appareil respiratoire

Observation Première

BRONCHITE GÉNÉRALISÉE

(Hôpitaux de Montpellier)

— T..., 19 ans, engagé volontaire ; au régiment depuis deux mois. Entre à l'hôpital le 3 janvier 1890.

Antécédents héréditaires. — Mère et père morts phtisiques, deux frères bien portants, n'a perdu ni frères, ni sœurs.

Antécédents personnels. — A eu l'année dernière une bronchite qui a duré quinze jours ; à part cela n'a jamais été malade.

Maladie actuelle. — Depuis huit jours céphalée très vive, toux, crachats d'abord salivaires, puis jaunâtres. La céphalée n'est plus aussi intense ; pas de vomissements, nausées, pas de douleur au creux épigastrique. Selles normales. Douleurs légères à la base droite.

4 janvier. — T. (1) 38,3. 38,1. P. 80, assez plein.

Etat actuel. — En arrière à gauche, respiration rude et expiration prolongée dans toute l'étendue. Quelques sous-crépitants à la base.

En arrière à droite submatité et obscurité de la respiration dans les 2/3 inférieurs avec frottement de la base, où la percussion est douloureuse. Quelques sibilants au sommet ; ni retentissement vocal, ni souffle.

En avant, moins de différence de sonorité, légère sibilance au sommet droit.

L'auscultation du cœur révèle un bruit de galop ; il n'y a ni trou-

(1) Pour les températures la première est celle de la veille au soir, la deuxième celle du jour prise le matin.

bles urinaires, ni troubles visuels. Eclat diastolique à l'artère pulmonaire.

Ipéca concassé	2 gr.
Écorce d'oranges amères.	4 gr.

Faire infuser dans eau bouillante 100 gr., réduire à 90.
Passer et ajouter :

Sirop de polygala.	30 gr.

Vésicatoire 10/10 à la base droite.

5. — T. 37,9. 37,4. P. 88. Langue très blanche, pas de constipation.

Le 7, le malade s'alimente ; le 9, l'infusion d'ipéca est supprimée. Tout rentre dans l'ordre.

Observation II

BRONCHITE GÉNÉRALISÉE

(Service de M. le professeur Grasset, B 2, nº 36)

Brugère, 22, ans, 2e génie, nouveau soldat, entre à l'hôpital le 10 janvier.

Antécédents héréditaires. — Le père et mère sont morts à 40 ans, la mère après une courte maladie, le père après 3 ans de maladie. A trois frères et une sœur bien portants ; n'en a pas perdu.

Antécédents personnels.— Il y a 4 ans, il est resté 3 mois malade ; le thorax était douloureux, la toux constante, l'anorexie et la céphalée continuelles. Il a des glandes au cou, pas d'autres signes de scrofule.

Maladie actuelle. — Depuis huit jours, il éprouve des douleurs vives dans la tête et dans la poitrine.

11 janvier. — T. 38, 6. 37,7. P. 88.

La céphalée est plus vive depuis 2 jours. La langue est sale ; pas de nausées, selles normales. Le malade, fort et vigoureux, a la face congestionnée ; il tousse beaucoup, sans dyspnée ni point de côté.

Les sueurs sont extrêmement abondantes. En avant et en arrière, des deux côtés, râles, sous-crépitants, pas de matité.

Ipéca 1 gr. 20 en 3 prises.

12. — T. 37,2. 37,3.

13. — T. 37,6. 37,2. Langue encore sale. —Purgation avec une bouteille d'eau de Villacabras.

14. — T. 36,4. 36,2. — On permet au malade quelques aliments.

21. La guérison est définitive.

Observation III

BRONCHITE ET EMBARRAS GASTRIQUE

Hôpitaux de Montpellier

B..., 22 ans, 2e génie. Au régiment depuis un an. Habitait autrefois les bords d'un étang.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, grand'père paternel rhumatisant, mère rhumatisante. A une sœur bien portante, n'a pas perdu de collatéraux.

Antécédents personnels. — Enfance chétive, glandes au cou, s'enrhumait souvent. Pas d'autres signes de scrofule. A 8 ans, fièvre typhoïde. Depuis lors, bonne santé. N'a jamais eu d'accès de fièvre.

Maladie actuelle. — Début le 29 décembre 1889 par des frissons, de la toux, des crachats purulents ; pas d'hémoptysie, pas de dyspnée, pas de point de côté. Anorexie absolue, va en diarrhée cinq à six fois par jour ; céphalalgie vive, frontale ; pas de larmoiement, de coryza ; pas d'épistaxis.

Etat actuel. — 3 janvier. — Temp. mat., 38,3. Soir, 39,3. P. 80. Tête très lourde, vertiges fréquents, anorexie, toux. Langue rouge à la pointe et sur les bords. Hier, le ventre a été douloureux ; aujourd'hui il ne l'est plus, même à la pression. Diarrhée ; pas de taches rosées. Céphalée persistante. Au thorax, pas de matité ; quelques sibilants dans les deux côtés ; obscurité respiratoire à droite de la base au tiers supérieur.— Bouillon.

4 janvier. — Temp. 40,1. 39,4. P. 76. La langue et la gorge sont

très rouges ; les fosses iliaques ne sont pas douloureuses. D'ailleurs le malade se sent mieux, il a dormi ; la céphalée, la diarrhée, ont cessé ; pas de taches. La toux a diminué.

5. — Temp. 39,3. 38,4. P. 60. Le mieux continue.

6. — Temp. 37,7. 37. P. 60. Sous-crépitants à la base droite ; langue encore rouge. — Infusion d'ipéca.

9. — Temp. 36,6. 36,4. L'infusion est suspendue, remplacée par le vin de quinquina. — Potage et œuf.

A partir de ce moment, le malade n'éprouve aucun trouble.

Observation IV

GRIPPE ET URTICAIRE

M..., 21 ans, soldat à la 16e section des commis-ouvriers, entre le 13 janvier dans le service de M. le professeur Grasset. Depuis le 10 janvier, éprouve de la céphalalgie, des douleurs rétro-sternales quand il tousse, du vertige.

Le 11, des plaques d'urticaire se montrent aux jambes et aux bras.

Le 12, le 13, ces plaques réapparaissent.

14. — Temp. 38,5. 38,3. P. 108. Le malade est en moiteur. Langue sale. L'éruption se reproduit, les plaques offrent des tons divers, la bordure en est formée par un liseré plus foncé, elles sont prurigineuses. Le malade n'a jamais eu de syphilis. L'auscultation ne révèle que des signes de bronchite.

Infusion d'ipéca.

15. — Temp. 38,1. 37,6. Les plaques éruptives ont à peu près complètement disparu ; à peine peut-on les reconnaître à une légère coloration grisâtre.

19. — L'éruption a totalement cessé ; le malade éprouve seulement des démangeaisons le soir quand il se couche.

24. — Exeat.

Observation V

GRIPPE ET URTICAIRE

B..., 22 ans, 2e génie, entré le 8 janvier 1890 dans la salle B 2 n° 29. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Avant le 4 janvier il a toussé beaucoup, ressentait des douleurs partout, de la courbature, du mal de tête. Le 5 janvier, il entre à l'infirmerie, où on ne lui donne aucun traitement. Quand il entre à l'hôpital, il souffre dans tout le thorax. A l'auscultation, on perçoit des deux côtés en avant des râles sonores, en arrière quelques sous-crépitants.

9. — Temp. 38. 37,2.

Antipyrine	2 grammes
Teint. aconit.	XII gouttes.
Sirop fleur d'oranger.	30 grammes
Eau de tilleul.	90 —

Une cuillerée toutes les deux heures.

10. — Temp. 37,5. 37. Thapsia sur la poitrine. — Infusion d'ipéca à 2 grammes.

11. — Dans l'après-midi, le malade en moins de deux heures est couvert de plaques d'urticaire qui débutent par les bras et se généralisent.

12. — Temp. 37,7. 38. L'éruption, qui avait disparu le matin, se montre le soir, mais moins étendue. Les signes de bronchite sont moins accusés.

Du 13 au 18 janvier, la température oscille entre 37 et 37,6 ; la potion est supprimée, remplacée par du vin de quinquina ; le malade s'alimente et sort le 21.

Observation VI

BRONCHITE GÉNÉRALISÉE ET BRONCHO-PNEUMONIE GAUCHE

(Hôpitaux de Montpellier)

G..., 122e de ligne, jeune soldat. Entré le 11 janvier, salle B, n° 3.

Pas d'antécédents. Fait remonter sa maladie à un mois ; début par des frissons, du mal de tête, des nausées.

12 janvier. — Temp. 38,9. 38,4. La toux est sèche, quinteuse, la voix éteinte. En avant, des deux côtés, sonorité normale, signes de bronchite sans localisations. En arrière, submatité à la base gauche et râles sous-crépitants. Souffle très léger. — Infusion d'ipéca à 2 gram. Potage et œuf.

13. — Temp. 38,4. 38,3.

14. — Temp. 39. 38,6. Mêmes signes que précédemment ; on ne constate rien de particulier à droite.

15. — Temp. 38,6. 37,7. L'examen des crachats révèle la présence de microcoques et de pneumocoques nombreux.

16. — Temp. 38,2. 37,3. A partir de ce moment tous les phénomènes tendent à disparaître ; la potion est supprimée le 20. Le malade s'alimente.

Observation VII

BRONCHO-PNEUMONIE DROITE

B..., 22 ans, 122e de ligne, entre le 6 janvier 1890 (salle B², n° 19), dans le service de M. le professeur Grasset. Pas d'antécédents.

Depuis quinze jours environ, il éprouve des douleurs un peu partout ; il a eu froid au champ de manœuvres ; des frissons, et ces jours derniers un violent mal de tête. Actuellement il éprouve une grande gêne pour respirer, la gorge est rouge, les crachats n'offrent rien de particulier. Il est resté vingt-quatre heures à l'infirmerie où il n'a pris que du lait.

Il se plaint d'un point de côté à droite et en avant.

7 janvier.— Temp. 39,8. 37,7. A droite et à gauche, la sonorité est normale ; la respiration est rude dans toute l'étendue du poumon droit. — Potage et œufs ; extrait de quinquina 4 gram.

8. — Temp. 39,8. 38,1. Epistaxis peu abondante.

9. — Temp. 39,2. 37,2. Le malade n'a jamais eu les fièvres intermittentes, ce que l'on pourrait supposer en voyant la température régulièrement élevée tous les soirs.

L'auscultation révèle des râles sous-crépitants fins à la base droite.

10. — Temp. 38. 38,2.

11. — Temp. 38,3. 37,2. Mêmes signes que précédemment. — Badigeonnage à la teinture d'iode sur le côté droit et en arrière du thorax.

12. — Temp. 36,8. 37,9. La rudesse respiratoire du début a reparu. Le malade se plaint d'anore xie. — Un verre de Villacabras.

A partir de ce moment, le malade se rétablit graduellement ; le 18 janvier, badigeonnage à la teinture d'iode. Aliments solides.

Guérison complète le 23 janvier.

Observation VIII

BRONCHO-PNEUMONMIE GAUCHE

Hôpitaux de Montpellier

M..., 21 ans, soldat depuis deux mois au 2e génie, entré le 7 janvier.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants ; quatre de ses frères jouissent d'une bonne santé ; un d'eux est atteint d'une affection thoracique ; aucun n'est mort.

Personnels : Jamais de maladies, pas de susceptibilité catarrhale.

Pendant la nuit du 5 au 6, il fut de garde et éprouva consécutivement des frissons ; il toussa et cracha du sang ; il eut après cela de l'anorexie, des nausées, de la courbature.

Le 7, il ressentit un point de côté à la base du poumon gauche et

des douleurs dans l'épaule du même côté. Les crachats qu'il expulsait étaient muqueux, non adhérents.

Le 8 janvier, au troisième jour de la maladie. Temp. 38,5. 38,2. P. 96. En avant, rien d'anormal ; en arrière, un peu de submatité à l'angle de l'omoplate gauche ; rhonchus des deux côtés, obscurité sans souffle sur un point mât à la base gauche, quelques râles sous-crépitants éclatant par bouffées après la toux. — Infusion d'ipéca à 2 gram.

9 janvier. — Temp. 39,4-39,3.

10. — Temp. 40,1. 39,3. P. 104. Souffle doux aux deux temps à l'angle de l'omoplate gauche. Sous-crépitants et obscurité avec sibilation à la base. Quelques crachats rouillés.

11. — Temp. 37,8. 37,6. P. 80. Quelques crachats rouillés. Véritable crépitant au point où siègeait le souffle.

12. — Temp, 37,8. 37,2.

13. — Temp. 36,8. 36,8. P. 72. Crachats purulents, épais, quelques râles fins seulement à la toux. — Infusion suspendue. Alimentation : un quart le matin.

14. — Temp. 37,3. 36,6. P. 60.

16. — 19. Embarras gastrique ; Un verre d'eau de Villacabras.

Il reste un peu de respiration rude avec expiration prolongée ; de l'obscurité au sommet gauche, en arrière. L'examen des crachats n'a pas montré de bacilles de la tuberculose.

Observation IX (1)

BRONCHO-PLEURO-PNEUMONIE GAUCHE

R..., 19 ans, soldat au 2e Génie depuis quatre mois, entre le 14 janvier 1890 dans le service de M. le professeur Grasset, salle B² n° 13.

Il n'a pas d'antécédents héréditaires ; ses parents sont bien portants, ses trois frères et sœurs jouissent d'une parfaite santé, une sœur est morte en bas âge.

---

(1) Voir, à la fin de la thèse, la courbe thermique.

Il n'offre rien dans ses antécédents personnels, il n'a jamais été malade ; c'est un garçon robuste et fortement charpenté.

Depuis quelques jours, il toussait ; le 12 janvier, il ressentit un point de côté violent à gauche, sans éprouver de frissons ; la toux est légère. Il entre à l'infirmerie, et le lendemain on constate des signes de bronchite. T. 37,5.

Quand on le porte à l'hôpital, il est en proie à une dyspnée extrême et souffre vivement de son point de côté ; quelques ventouses sèches calment la douleur et rendent la respiration plus facile.

16 janvier. — P. 96. R. 48. Crachats purulents très visqueux, non rouillés ; on constate de la submatité de la base à l'angle de l'omoplate gauche, un souffle intense à l'inspiration et à l'expiration sur toute la hauteur, et des frottements pleuraux. — Infusion d'ipéca à 2 gr., ventouses, injection de morphine.

16. — P. 120. Le malade souffre encore beaucoup ; les crachats sont adhérents, non rouillés. — Potion au rhum, injection de morphine.

18. — P. 124. La douleur persiste à gauche ; matité, principalement au tiers moyen. L'auscultation fait entendre du souffle et des râles sous-crépitants de retour.

20. — Douleur moindre.

21. — Chaque soir le malade éprouve entre les épaules de vives douleurs ; la langue est très sale ; le souffle s'entend du sommet à la base avec des sous-crépitants de retour à gauche ; à la base droite, râles humides avec souffle. — Vésicatoire 10/10 à gauche.

22. — Hémoptysie légère hier soir.

23. — P. 112. Le malade souffre moins ; crachats rouillés. Le souffle a diminué d'intensité à gauche.

25. — P. 128. Tous les soirs, fatigue plus grande ; à la base droite, les mêmes signes persistent ; à gauche, le souffle est plus léger au sommet, encore intense et bronchique dans les 2/3 inférieurs.

Du 25 au 1er février. — Rien à signaler. La toux persiste, le malade prend des potages, son infusion d'ipéca et sa potion au rhum.

4 février. — Le malade, pâle et amaigri, se plaint de l'épaule gauche. Le sommet de ce côté présente de la submatité ; à la base, la sonorité est normale. Le souffle s'entend aux deux temps de la respiration dans le 1/3 supérieur ; dans le 1/3 moyen, râles humides à l'inspiration ; à la base, respiration rude et frottements. A la base droite, rudesse et rhonchus.

Vésicatoire à gauche, ipéca suspendu, vin de quinquina au Fowler; voir les crachats.

6. — Huile de foie de morue.

10. — L'examen des crachats est négatif.

11. — En avant, obscurité et râles fins sur toute la hauteur à gauche, sans souffle ni retentissement vocal; à droite, respiration rude et un peu prolongée au sommet; en arrière, matité décroissante du sommet à la base gauche. L'auscultation révèle les mêmes signes qu'en avant.

12. — Crachats striés desang.

15. — Craquements dans toute l'étendue à gauche.

17. — Quelques crachats sanguinolents. Recherches des bacilles.

20. — L'examen est encore négatif. Vésicatoire.

27. — Craquements humides. Vésicatoire sur l'omoplate gauche.

28. — Pour la troisième fois, le microscope ne décèle pas de bacilles.

Malgré les résultats négatifs du microscope, on augmente les doses d'huile de foie de morue créosotée, et le 4 mars on ordonne de l'eau de Labassère. L'état général se modifie favorablement, les forces reviennent, l'examen du poumon révèle cependant les mêmes signes.

Le 12 mars, le malade appelle l'attention sur un point douloureux à gauche dans la ligne axillaire, un peu au-dessous du mamelon. A ce niveau, on constate uee surface légèrement empâtée et très douloureuse à la pression.

Observation X

GRIPPE. — PLEURO-PNEUMONIE A GAUCHE. — INFECTION BACILLAIRE CONSÉCUTIVE

V..., 22 ans, 2e génie, entré le 6 janvier 1890, salle B. 2, n° 7.

Pas d'antécédents héréditaires; pas d'antécédents personnels. Jamais d'excès alcooliques ou autres; menuisier avant d'entrer au régiment, où il est depuis deux mois.

Le 3 janvier, étant garde d'écurie, il eut un violent mal de tête, accompagné de frissons et de sentiment de froid. Il resta à la

chambre, sans traitement, et entra à l'hôpital le 6 janvier. Il se plaint tout de suite d'une douleur intense à gauche quand il respire. Le pouls est à 104. La percussion révèle la matité dans le côté malade ; depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base, les vibrations sont diminuées ; à droite, la sonorité est normale. A l'auscultation on entend un souffle très net au niveau de l'angle de l'omoplate, la voix est jetonnée. On prescrit l'infusion d'ipéca, du bouillon et du lait.

8 janvier. — Le souffle persiste, plus doux.

9. — Pouls 100 ; vésicatoire 10/10 à gauche.

10. — L'auscultation révèle la non-pénétration de l'air dans le poumon gauche ; les jambes sont enveloppées de cataplasmes faits avec de la moutarde et de la farine de lin par moitié ; la potion à l'ipéca est supprimée, remplacée par 1 gramme d'ergotine. La dyspnée est considérable.

11. — Le malade est moins angoissé ; le soir, vers 4 heures, nouvel accès de dyspnée : on fait appliquer huit ventouses sèches.

13. — Ce qui domine actuellement, c'est l'élément pleurétique ; le son skodique persiste au-dessous de la clavicule gauche ; souffle et voix jetonnée, matité remontant jusqu'à l'omoplate gauche ; nouveau vésicatoire.

14-17. — 1 gramme bromhydrate de quinine : le souffle a disparu, le son skodique persiste, l'auscultation ne révèle rien en avant ; la submatité existe dans la fosse sous-épineuse, la matité est complète au-dessous. Les vibrations sont perçues dans le tiers supérieur, diminuées dans le tiers moyen, abolies dans le tiers inférieur. Le malade se plaint de tout le côté gauche. — Vésicatoire.

18. — La quinine est supprimée et remplacée par une potion contenant 1 gramme de caféine et de benzoate de soude.

21. — La base gauche est encore mate ; on place un vésicatoire.

23. — La caféine est suspendue et remplacée par une potion antispasmodique.

28. — La percussion révèle une matité occupant tout le côté gauche ; vésicatoire sous l'aisselle.

1er février. — L'examen des crachats révèle la présence de quelques bacilles.

6-9 février. — Le malade prend 0,75 centigrammes d'antipyrine.

9-17. — L'antipyrine est portée à 1 gramme. L'auscultation fait entendre des craquements sous la clavicule gauche et une respiration

rude ; sous la clavicule droite, quelques sibilants.— Pointes de feu à gauche.

18. — L'antipyrine est supprimée et remplacée par une potion contenant 4 grammes extrait de quinquina.

25. — Le malade a craché abondamment ; l'expectoration est verdâtre, ne provoque aucune douleur thoracique. Menace de syncope. Non loin de la colonne vertébrale, on entend, à l'auscultation, un souffle cavitaire, du gargouillement et du retentissement vocal : une excavation s'est formée.

Le teint est plombé ; des plaques rouges colorent les pommettes.

3 mars. — La toux est incessante. — On donne 30 gr. sirop de codéine.

4. — Le malade est réformé.

6. — Eau de Labassère, trois cuillerées.

A partir de ce jour, la température reste normale ne dépassant pas 37,7 ; les signes de la tuberculose deviennent de plus en plus manifestes.

Nous avons accompagné cette observation de la courbe thermique qui nous a paru intéressante à rapporter ; elle dit bien les diverses phases par lesquelles a passé le malade dont l'histoire clinique est classique ; ce qui frappe dans cette courbe, c'est son extrême irrégularité, la longueur de la fièvre contre laquelle sont impuissantes la quinine et l'antipyrine, longueur qu'explique suffisamment l'infection bacillaire consécutive à la maladie pour laquelle V... avait été envoyé à l'hôpital.

« C'est de préférence chez les personnes offrant des antécédents respiratoires fâcheux, dit M. le professeur Grasset (1), que ces broncho-pneumonies tournent mal. Voici, comme exemple, l'histoire très résumée d'un malade qui a séjourné quelque temps dans notre service pour un pyo-pneumothorax tuberculeux, et qui est mort ultérieurement d'une broncho-

(1) Grasset, Grippe de l'hiver 1889-90, *Montp. méd.*, 1er mars.

pneumonie grippale dans le service de M. le professeur Kiener, à qui nous l'avons adressé. Mon collègue a bien voulu nous communiquer la suite de l'observation et les résultats de l'autopsie, les voici en substance :

B..., 23 ans, 2e génie, entre le 17 octobre 1889 (salle B 2, n° 29), dans le service de M. le professeur Grasset. Il est atteint, depuis le 24 avril de la même année, d'un pyo-pneumothorax droit, dont il offre la symptomatologie classique (début brusque lors de son débarquement en France, au retour d'une campagne où il a eu les fièvres ; — abcès pleural démontré par l'extraction de trois litres et demi de pus, en trois thoracentèses ; — succussion hippocratique ; — souffle amphorique ; — tintement métallique ; — bruit d'airain). En même temps, il présente des signes d'excavation au sommet droit et des symptômes d'induration au sommet gauche. On ne trouve pourtant pas de bacilles dans les crachats.

Ce soldat, demandant la réforme avec pension de retraite, passe dans le service de M. Kiener, médecin principal de l'armée, qui s'abstient de pratiquer l'empyème, en raison de la nature tuberculeuse probable des lésions. Le 4 janvier, le malade est atteint d'une grippe à manifestation abdominale, qui prend, dès le premier jour, une physionomie très grave et à laquelle il succombe le 10 janvier.

Le diagnostic de pyo-pneumothorax, la présence d'une excavation tuberculeuse au sommet droit et d'une induration de même nature, sont confirmés par l'autopsie. Le poumon droit, réduit à l'état de moignon juxtavertébral, est en grande partie atélectasié ; le poumon gauche présente « une pneumonie lobulaire des plus nettes » ; un grand nombre de lobules disséminés sont carnifiés ; il existe du pus dans les petites bronches des parties déclives ».

Nous empruntons aux *Leçons cliniques* de M. le professeur Grasset l'observation suivante d'une femme âgée, ancienne hémiplégique, qui a été apportée, dans le cours d'une pleuro-pneumonie grave, déjà parvenue à une période avancée et accompagnée de délire et d'agitation. Quelques jours après son admission à l'hôpital, la malade mourait avec une parotidite, et

l'autopsie confirmait le diagnostic de pleuro-pneumonie grippale, en démontrant les lésions pulmonaires et l'existence de localisations infectieuses multiples.

L'autopsie a été pratiquée par M. le professeur Kiener.

Observation XI

Une femme de 65 ans, atteinte depuis neuf ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie, d'un degré très marqué de parésie gauche, est apportée, le 31 décembre 1889, à l'hôpital suburbain, où elle occupe le n° 2 de la salle F 2. Elle est en proie à une agitation violente et présente un état de subdélire qui empêche d'en obtenir aucun renseignement.

On constate une matité étendue à la base droite et un souffle tubaire intense dans la même région.

Malgré l'application d'un vésicatoire, l'administration combinée de deux potions, l'une au rhum, l'autre à l'ipéca, l'état ne s'améliore pas ; le délire persiste, le pouls très fréquent (120-128) contraste avec la faible élévation de la température. Le 5 janvier, survient une parotidite, et la malade meurt le 8.

A l'autopsie, on trouve un épanchement puriforme peu abondant (un verre environ dans la plèvre droite) ; celle-ci est tapissée par un abondant dépôt de fibrine molle et friable qui s'enfonce dans les scissures interlobaires.

Le lobe inférieur du même côté est en grande partie atélectasié. Du foyer pneumonique étendu que signalait l'observation clinique des premiers jours, il ne reste plus qu'un îlot d'induration pas plus grand qu'une petite pomme, proéminent à la face postérieure et un peu au-dessus du bord libre. Une coupe de ce noyau induré révèle l'existence d'une hépatisation rouge brun bien circonscrite et entourée d'un liseré jaunâtre.

Les autres lobes du même poumon sont congestionnés, carnifiés par place, sans hépatisation.

Le poumon gauche est simplement emphysémateux.

Le cœur présente une surcharge graisseuse notable du ventricule droit ; le volume et la forme de l'organe sont normaux. La valvule mitrale est le siège d'une endocardite végétante ; ses deux valvules sont indurées, raccourcies et adhèrent l'une à l'autre. Sur la face inférieure de la valvule, on voit proéminer des masses blanchâtres, mamelonnées, dont l'une est entièrement tapissée par un caillot cruorique adhérent. Les valvules aortiques sont saines.

Lorsqu'on incise la paroi abdominale, on rencontre dans son épaisseur un abcès, gros comme un œuf, renfermant du pus couleur chocolat et situé dans l'épaisseur du muscle grand droit du côté gauche, à sa partie supérieure.

La rate est ramollie et pèse 100 grammes.

Les reins sont petits, surchargés de kystes ; le rein droit ne pèse que 90 grammes, le gauche 100 grammes ; à la coupe, on trouve la substance corticale diminuée d'épaisseur.

Le foie pèse 1,400 grammes, il est hypérémié, un peu jaunâtre et offre l'apparence muscade.

A l'ouverture de la boîte crânienne, on constate l'existence d'une méningite suppurée occupant la scissure interlobaire. L'hémisphère droit présente une légère dépression à la base de la troisième circonvolution frontale et de la pariétale ascendante ; le lobe sphénoïdal, et en particulier la première circonvolution temporo-sphénoïdale, est atrophié. La sylvienne et toutes ses branches sont libres.

Un foyer de ramollissement occupe la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux.

Une section perpendiculaire à la scissure interlobaire montre un deuxième foyer de ramollissement, occupant la partie externe du noyau lenticulaire qui est décollé de la capsule ; celle-ci présente également une coloration jaunâtre, la lésion occupe les deux tiers antérieurs du noyau lenticulaire.

Le reste de l'encéphale est sain.

La région parotidienne est considérablement tuméfiée ; on constate à la coupe qu'elle est infiltrée dans toute son étendue par du pus non collecté ; la surface de section est jaunâtre et lardacée ; on fait sourdre à la pression quelques gouttelettes de pus.

En résumé, pour ce qui est des complications respiratoires nous avons observé cinq bronchites simples dont une avec

embarras gastrique et deux avec urticaire, trois broncho-pneumonies, deux broncho-pleuro-pneumonies.

B. *Complications intéressant l'appareil circulatoire*

Observation XII

Due à l'obligeance de mon excellent ami M. le docteur Josserand, médecin des hôpitaux de Lyon.

RECHUTE DE GRIPPE. — FIÈVRE CONTINUE GRIPPALE. — MYOCARDITE ET PÉRICARDITE. — PSEUDO-RHUMATISME INFECTIEUX. — GUÉRISON

M. X..., 47 ans, bonne santé antérieure, sauf une obstruction intestinale, il y a huit ans qui faillit l'emporter. Pas de rhumatismes, mais nodosités d'Heberden aux doigts, à l'union des deuxième et troisième phalanges. Grand fumeur.

Le 22 décembre 1889, le malade fut atteint d'une grippe à forme catarrhale d'intensité moyenne : début brusque par des frissons, de l'abattement, catarrhe nasal puis bronchique. Grands accès de sueurs qui mouillaient non seulement le linge du malade, mais le matelas. Séjour au lit d'une dizaine de jours, et convalescence un peu pénible et longue, caractérisée par des accès de sueurs et une faiblesse persistante.

Le 21 janvier 1890, on permet à M. X. de sortir pendant le moment le plus chaud de la journée, en n'autorisant qu'une très courte promenade. Mais le convalescent, enchanté de sa liberté, ne tient aucun compte des recommandations et passe une partie de l'après-midi dehors. Le soir même, malaise général, inappétence. Le 23 janvier on nous appelle auprès de lui.

Le malade, malgré une température assez élevée (1), est très

---

(1) Voir à la fin de la thèse la courbe thermique.

éveillé, très lucide. Pas de céphalalgie, pas de vomissements, constipation ; il n'accuse que de la faiblesse et une sensation de chaleur. Pas de localisations. — Sulfate de quinine 0,60 centigr.

25 janvier. — Une purgation au sulfate de magnésie a déterminé des selles abondantes, noires et fétides. Le facies est excellent, un peu excité. Le pouls est à 104 ; pas de céphalalgie, pas de ballonnement abdominal ; pas de toux, rien aux poumons. — Antipyrine 3 gr.

26. — La température reste élevée sans localisations. Pouls 104. État général satisfaisant. Langue un peu saburrale, mais rouge sur la pointe et les bords. Pas de diarrhée, pas de ballonnement. Le malade est tourmenté par d'épouvantables accès de sueurs qui l'inondent et « qui le tordent », dit-il, exprimant ainsi la sensation d'angoisse dont ils s'accompagnent. — Antipyrine 4 gr.

27. — Même état. Pouls 104. Aucun signe de pneumonie, ni de dothiénentérie, les deux seules affections qui pussent nous détourner du diagnostic rechute grippale. Mais le soir, nous constatons au pouls trois ou quatre intermittences.— Antipyrine supprimée et remplacée par caféine 0,50 centigr. Mêmes accès de sueurs avec angoisse. Urines albumineuses.

28. — Le matin à six heures le malade, s'étant levé pour uriner, tombe en syncope en remontant sur son lit. Les sueurs augmentent encore, survenant par bouffées, pendant lesquelles le malade croit qu'il va mourir. Respirations 24 à 32 par minutes, irrégulière. Le pouls est remarquablement mou, se laissant déprimer par la moindre pression et les intermittences sont continuelles, rhythmiques, une pulsation manquant régulièrement après une série de trois ; ce ne sont pourtant pas des intermittences vraies, car on ne les observe pas au cœur, ce sont des faux pas périodiques. Au milieu de cette asystolie aiguë, l'intelligence est parfaite ; le malade a la conviction qu'il mourra prochainement.

Urines 800 gram. en vingt-quatre heures. Urée 30 gram.

A une heure de l'après-midi, même état. — Digitale 0,50 centigr. dans une infusion de 120, à prendre en vingt-quatre heures. Solution de caféine contenant 0,25 centigr. par seringne, 3 piqûres dans les vingt-quatre heures. Alcool à haute dose.

A 5 heures du soir, amélioration. Le malade a pris le tiers de sa potion de digitale ; le pouls est plus lent, les intermittences ont disparu.

A huit heures, l'amélioration cardiaque se maintient, mais le malade a quelques accès de subdelirium.

29.— Même état que la veille au soir, un peu de subdélire.— Infusion de 50 centigr. de digitale et 75 centigr. de caféine en injections hypodermiques. Une injection d'éther. Alcool à haute dose.

30. — L'amélioration s'est accentuée, les sueurs ont diminué et ne viennent plus par accès angoissants. Urines, 800 gr. Le malade se plaint du pouce gauche, sur lequel on constate, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, une rougeur diffuse et un gonflement douloureux. — Digitale, 0,25 centigr.; caféine, 0,50 centigr.

31. — Le pouce s'est dégagé, mais la main droite est prise. L'état général est assez satisfaisant. Le soir, à 8 heures, le pouls devient mou, rapide; les intermittences réapparaissent. — Digitale, 0,50 centigr.; caféine, 1 gr.; injection hypodermique d'éther; alcool.

1er février. — Au matin, P. 160. Nuit très agitée. Le malade, qui jouit d'une parfaite lucidité, sauf parfois un peu de subdélire, est d'un pessimisme remarquable ; il se sent frappé à mort, dit-il; il a fait cette nuit son testament, reçu les sacrements. Nous le trouvons haletant, couvert de sueurs qui viennent par accès et lui arrachent des gémissements. La main droite est gonflée, le dos de la main est rouge, le trajet des gaînes tendineuses douloureux. Les accès de subdélire se multiplient. On n'entend toujours au cœur ni souffle, ni frottement, mais les bruits sont très affaiblis. On donne dans la journée 35 centigr. de digitale, on fait trois injections de caféine et trois injections d'éther. Le soir, l'état est le même ; le pouls bat 160, il est très mou, intermittent. Respiration irrégulière, 28 à 32, un peu de Cheyne-Stokes.

2.— Dans la nuit, le malade a pris 0,20 centigr. de digitale; on lui a injecté trois seringues de Pravaz de solution de caféine (1 gr. 50 en vingt-quatre heures), trois seringues d'éther ; on lui a fait respirer de l'oxygène et donné alternativement du champagne et du lait.

Au matin, amélioration. P. 120. Les forces sont un peu revenues, la main droite est dégagée, les intermittences ont disparu. Le malade prend du potage, du vin et du lait. Urines, 1300 gr. par vingt-quatre heures. Toujours un peu de subdelirium au réveil; le malade est assoupi plutôt qu'il ne sommeille. Dans la journée, 0,25 centigr. de digitale, trois piqûres de caféine ; potages, vin, café, champagne.

3. — Même amélioration. Une selle abondante, moulée. Au cœur,

souffle systolique au niveau de l'appendice xyphoïde. — Digitale, 20 centigr., deux piqûres de caféine.

4. — Même état. Sommeil de cinq heures pendant la nuit. P. 120, régulier, assez fort. Urine, 1 litre ; pas d'albumine. — Digitale et caféine supprimées.

5. — P. 150, mais mou ; facies vultueux.— Digitale, 0,25 centigr. par nuit et deux piqûres de caféine. Sulfate de quinine, 50 centigr.

6. — P. 120, régulier. Souffle systolique à la pointe ayant son maximum à droite, du côté du sternum. Aux poumons, submatité, respiration soufflante et râles éclatants aux deux bases. Pas de toux. Digitale, 0,15 centigr., pas de caféine.

7. — P. 120. Urines, 1200 gr., pas d'albumine. — Quinine, 0,50 centigr.; ni digitale, ni caféine.

8. — Depuis trente-six heures, le malade n'a pas pris de digitale ; dans la nuit, on lui a fait une injection de 0,50 cent. de caféine ; à 8 heures du matin, les intermittences du début ont reparu ; une pulsation sur quatre fait défaut. Agitation, sentiment de mort prochaine.

Digitale, 0,35 centigr., quinine, 0,50 centigr.

7. — P. 116, mou, régulier. La température baisse, mais le malade est affaissé, dans un état continuel de somnolence; les sueurs sont abondantes, les poumons engoués. Au cœur, même souffle à maximum tricuspidien, mais plus rude. Urines, 1500 gr. — Digitale, 0,35 centigr. ; quinine, 0,50 centigr. ; caféine, 0,75 centigr. Alcool, éther, oxygène.

10. — Même état. P. 140 ; affaissement. L'albumine a reparu dans les urines dont la quantité s'élève à 1500 gr.

12. — Pendant vingt-quatre heures, on a supprimé la digitale en continuant la caféine. Au matin, le pouls est intermittent, mou, à 128. On ordonne pour la journée 0,50 centigr. de digitale et 0,25 centigr. de caféine, trois piqûres d'éther ; alcool. Le soir, pouls filiforme à 134; pour la nuit, 0,15 centigr. de digitale et 0,75 centigr. de caféine.

13. — Le malade a pris dans les 24 heures qui viennent de s'écouler 0,60 cent. de digitale. Le médicament est resté impuissant : le pouls est à 140, filiforme ; état syncopal. On a fait six injections d'éther dans les 24 heures. En présence de cette arythmie qui n'obéit plus à la digitale, nous jugeons le médicament dangereux à continuer et nous nous adressons à la caféine à doses massives. A 5 heures du soir, nous injectons d'un seul coup 0,75 de caféine et dans la

nuit nous renouvelons la piqûre à la même dose. Vésicatoire à la nuque.

14. — Au matin, amélioration. Pouls 140, régulier, plus fort. Le malade a absorbé de très hautes doses d'alcool. — A 3 heures de l'après-midi, pouls 160, respirations 32. Au cœur nous constatons un peu au-dessous et en dedans du mamelon un frottement. — Vésicatoire sur la région précordiale. — Deux selles involontaires abondantes.

16. — Nuit meilleure, un peu de sommeil. Au matin pouls 140, mou, régulier. L'engouement pulmonaire a diminué. Au cœur, bruit de frottement. — On continue l'alcool et la caféine à 0,75 cent.

A partir du 17 février jusqu'au 26, le malade s'améliore peu à peu; mais aujourd'hui encore, bien qu'il s'alimente (poissons, cervelle, œufs), et que l'apyrexie date de neuf jours, le pouls oscille encore entre 98 et 120, les accès de sueurs sont fréquents et la faiblesse est encore grande.

On a renouvelé les vésicatoires sur la région précordiale. Le frottement a disparu au bout de 5 ou 6 jours. Les bruits du cœur sont actuellement bien frappés et il ne reste plus qu'un très léger souffle à peine perceptible au-dessus et en dedans du mamelon.

Ayant rapporté l'observation telle qu'elle nous a été communiquée, nous croyons devoir l'accompagner des commentaires de M. le Dr Josserand lui-même.

L'observation précédente nous paraît intéressante à plus d'un titre. Ce qui ressort de l'histoire du malade, c'est d'abord l'existence d'une pyrexie de vingt-sept jours de durée, sans localisation au début et offrant par conséquent avec la dothiénentérie une ressemblance bien faite pour réserver le diagnostic. Nous avons pourtant acquis la conviction que ce n'est pas à une fièvre typhoïde que nous avons eu affaire. Tout d'abord, le malade relevait d'une grippe classique, et il était naturel de penser de préférence à une rechute. En outre, la brusquerie du début, l'irrégularité de la courbe thermique, l'absence de diarrhée, de ballonnement, de taches rosées, de céphalalgie, de stupeur, la précocité des accidents cardiaques, qui, dans le

cours de la dothiénentérie, n'éclatent guère avant le commencement du 3e septénaire, tout plaidait contre une fièvre typhoïde.

En faveur de la grippe, au contraire, nous pouvons invoquer ces sueurs profuses, que le malade reconnaissait bien pour les avoir éprouvées lors de la première atteinte, le rhumatisme infectieux et enfin la terminaison favorable. Pour qui a été témoin de la gravité du pronostic que comporte la myocardite typhique, les accidents effrayants relatés plus haut ont eu des suites singulièrement bénignes. La grippe, au contraire, maladie fluxionnaire par excellence, offre bien ces allures tapageuses et ces localisations mobiles dont les arthropathies de notre malade, qui n'ont duré que vingt-quatre heures, nous présentent un bel exemple.

Restent la longueur et la continuité de la fièvre. La grippe n'a pas toujours une évolution aussi courte qu'on le croit communément. Nous avons vu un malade rester pendant six semaines entre 38° et 39°, et Laveran, qui rapportait dernièrement des faits semblables, attirait l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur l'existence de fièvres continues grippales, simulant la dothiénentérie.

Quant aux accidents cardiaques, faut-il y voir des symptômes bulbaires ou une myocardite grippale ? Huchard, qui a rapporté des observations analogues, insiste sur la ressemblance des symptômes avec les phénomènes consécutifs à la section des pneumogastriques. Mais les signes de collapsus cardiaque ont eu une durée trop prolongée dans notre cas ; le souffle cardiaque et surtout l'apparition d'un frottement ont levé tous les doutes. Si certains accidents cardiaques, comme la syncope, le collapsus subit, peuvent s'expliquer par une intoxication bulbaire, les localisations myopéricardiques ne sont pas absolument rares ; elles auraient été même assez fréquentes à Paris, si l'on en croit la communication récente de Féréol à la Société médicale des hôpitaux.

Au point de vue du traitement, nous signalons l'efficacité remarquable de la digitale. Du 28 janvier au 14 février, le pouls s'est toujours relevé et régularisé sous son influence ; dès qu'on cessait le médicament, tout en administrant la caféine, les intermittences reparaissaient. Pendant cette longue période, nous n'avons pas constaté de signes d'accumulation, pas de vomissements, pas d'oligurie. Mais, à partir du 14 février, la digitale s'est montrée impuissante, et, craignant son action dépressive sur un cœur trop dégénéré, nous avons eu recours à la caféine à hautes doses, comme on le fait souvent avec avantage chez les cardiaques arrivés à une phase d'asystolie trop avancée.

Observation XIII (1)

GRIPPE. — PLEURÉSIE PURULENTE MULTILOCULAIRE. — PÉRICARDITE FIBRINEUSE. — AUTOPSIE

Le 29 décembre, entrait dans la salle B² n°, 25, un jeune soldat de 23 ans, du 122e de ligne, au régiment depuis deux mois. Les parents sont vigoureux et robustes, lui est maigre. A une apparence délicate et dans ses antécédents personnels, on trouve trois atteintes du côté du thorax ; la dernière est de septembre 1883.

La veille de son entrée, il a été pris brusquement d'une violente céphalalgie, de frissons, de fièvre, de dyspnée et presque aussitôt s'est manifesté un point de côté des plus intenses à la base gauche.

Le 29. — On perçoit un peu de souffle et quelques frottements, sans matité ni modification des vibrations ; on prescrit trois ventouses scarifiées.

---

(1) Montpellier médical, mars 1890.

Le 30. — Mêmes signes, toux peu fréquente, très douloureuse, sans crachats rouillés.

31. — Matité dans les deux tiers inférieurs, absence de murmure vésiculaire ; le souffle a son maximum au niveau de l'angle de l'omoplate.

Les jours suivants, la matité augmente d'étendue, le souffle s'accentue, la bronchophonie survient ; à l'auscultation, on perçoit quelques râles profonds produits à l'intérieur du poumon et des frottements pleuraux assez rudes au-dessus de la zone de matité. Le diagnostic de pleuro-pneumonie se confirme. C'est encore la douleur qui domine durant cette période ; elle nécessite plusieurs injections de morphine.

Déjà, à cette époque, l'attention est attirée du côté de l'appareil circulatoire : le 3 janvier, embryocardie fort nette avec accroissement de la fréquence du pouls (112 pulsations pour une température de 39,1). Le 6, l'embryocardie disparaît pour faire place à une diminution notable dans l'énergie des bruits du cœur et à un souffle énergique au premier temps, atteignant son maximum à l'appendice xyphoïde.

Du 7 au 11, la dyspnée persiste, le côté gauche est encore douloureux ; le souffle et la matité diminuent en même temps que des frottements pleuraux se perçoivent jusqu'à la base. La température baisse au point d'atteindre, le matin, la normale ; mais le pouls reste petit, fréquent, inégal et irrégulier ; le souffle tricuspide se maintient.

Le 11, sans cause occasionnelle, la température s'élève à nouveau ; la fréquence et la dépressibilité du pouls augmentent, la dyspnée s'accentue ; le souffle cardiaque ne se perçoit plus, en raison de l'affaiblissement des bruits du cœur. Bientôt une voussure apparaît au niveau de la région précordiale, la paroi thoracique s'œdématie légèrement, le choc de la pointe disparaît tout à fait, la matité du cœur prend la forme d'un tronc de cône à base diaphragmatique.

On se trouve en présence d'un épanchement péricardique.

La caféine, l'oxygène, les toniques généraux, un vésicatoire précordial amènent une amélioration du 15 au 21 ; la dyspnée s'atténue, les bruits du cœur reprennent de l'énergie, la fièvre tombe à nouveau ; les signes de résolution s'accentuent à la base gauche. Mais la fréquence du pouls persiste ; il est petit, inégal, très dépressible.

Le 21, dans la soirée, après une journée relativement bonne, hémoptysie abondante.

Le lendemain, le malade est très affaibli, d'une pâleur cyanique ; la matité précordiale est très étendue en largeur et en hauteur ; la paroi thoracique est œdématiée ; les bruits du cœur ne peuvent être perçus qu'au niveau de l'appendice xyphoïde ; le pouls est à 112, filiforme. Respiration soufflante en avant.

Deux injections de caféine par jour et 1 gramme d'ergotine en potion ; l'hémoptysie cesse bientôt, la dyspnée est nulle.

Cependant, la fréquence (112-120) et la petitesse du pouls persistent et s'accentuent ; bientôt la numération des pulsations ne peut se faire qu'au cœur ; les battements sont très affaiblis, inégaux, irréguliers; l'embryocardie reparaît. La température prend le type rémittent, des frissons surviennent, accompagnés d'une soif intense, le malade s'affaiblit rapidement ; il meurt le 28 janvier, à une heure de l'après-midi.

L'autopsie a été pratiquée par M. le professeur Kiener.

Dans la cavité thoracique gauche, il existe deux abcès pleuraux, indépendants, renfermant chacun environ 2 à 300 gram. de pus épais, homogène, verdâtre. L'un est situé à la région antéro-latérale et touche au péricarde, l'autre occupe le sommet en arrière. Au niveau de ces abcès, la plèvre, épaisse de 2 à 3 millim., molle, montre quelques restes de dépôts fibrineux. Entre les deux abcès, les deux feuillets pleuraux sont adhérents et ont une épaisseur de 4 à 6 millim. ; au niveau de cette adhérence, on trouve un abcès du volume d'une olive entouré d'une lame fibrineuse compacte.

Le poumon est ratatiné et réduit au quart de son volume normal. Il ne présente d'autre vestige de la pneumonie qu'une carnification rouge irrégulièrement disséminée ; les petites bronches laissent sourdre du pus mêlé de bulles d'air.

La cavité thoracique droite présente des adhérences celluleuses sur presque toute la hauteur. Le poumon est augmenté de volume, très hypérémié, avec quelques îlots carnifiés ; pas d'infarctus. De la plupart des orifices des petites artères pulmonaires sortent des caillots cruoriques, qu'on peut extraire sous forme de cordons grêles et ramifiés. Les bronches renferment du pus mêlé d'air.

Les ganglions du médiastin sont volumineux, rouge sombre.

La dissection de l'artère pulmonaire montre dans le tronc de l'ar-

tère et dans la plupart de ses divisions le coagulum grêle, cruorique, déjà mentionné.

Péricarde. — Distendu par un liquide louche, verdâtre. La surface pariétale et viscérale est parsemée de houppes fibrineuses, épaisses de 2 à 3 millim., confluentes sur quelques points et formant une surface villeuse.

Le cœur pèse avec le péricarde vidé du pus 535 gram. Il n'est ni hypertrophié, ni notablement dilaté. Les valvules sont saines. Quelques caillots cruoriques dans les oreillettes.

Foie. — Volumineux, pèse 1,980 gram., rouge vif avec des marbrures jaunes et un aspect muscade des coupes ; très congestionné, consistance molle.

Rate. — Petite, un peu molle, pèse 85 gram.

Reins. — Le droit pèse 165 gram., le gauche 175 gram., rouges avec des marbrures grises dans la substance corticale. Pas d'infarctus.

Péritoine. — Environ un litre de liquide citrin ; mésentère œdémateux, pas d'inflammation.

Intestin. — Normal.

Ce retentissement de la grippe sur le péricarde avait déjà été noté.

En 1858, M. Worms signalait, dans la *Gazette des Hôpitaux,* deux militaires qui se trouvaient dans son service à l'hôpital du Gros-Caillou et qui avaient présenté pendant le cours d'une grippe bien caractérisée un épanchement considérable du péricarde. La grippe a cédé à l'emploi des moyens usuels et l'hydropéricarde disparut en trois jours sous l'application d'un large vésicatoire et l'administration de l'apozème suivant :

Infusion de fleurs de sureau. .	300 gram.
Nitrate de potasse.	12 —
Tartre stibié	0,15 cent.
Miel épuré	90 gram.

Prendre deux cuillerées toutes les heures.

C. *Complications portant sur le système nerveux*

Observation XIV

Due à l'obligeance de mon excellent ami M. le docteur Roque, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Lyon

GRIPPE ET IRRITATION SPINALE D'ORIGINE GRIPPALE

X..., 22 ans, manœuvre, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, le 7 janvier 1890.

Pas d'antécédents familiaux ou personnels.

Vers le 10 décembre, en pleine santé, le malade fut atteint de grippe à forme catarrhale ; il dut garder la chambre huit à dix jours, vit un médecin qui lui fit appliquer sur le côté droit de la poitrine un large vésicatoire, dont les traces sont encore visibles.

Les phénomènes généraux furent peu intenses : un peu d'embarras gastrique, céphalée légère ; mais, dès cette période, le malade présenta des phénomènes de courbature généralisée et des douleurs lombaires assez vives.

Vers le 25 décembre, sa guérison paraissait assez complète pour qu'il pût reprendre son travail ; mais il avait gardé de la lassitude, des sueurs faciles ; au moindre effort, des douleurs reparaissaient dans la région lombaire, s'irradiant dans les membres inférieurs.

Loin de s'atténuer, ces phénomènes s'accentuèrent progressivement, quand le 6 janvier, à la suite d'une journée de travail pénible, ils prirent un caractère d'acuité qui détermina l'entrée du malade à l'hôpital.

Il est apporté sur un brancard ; il accuse des douleurs vives dans la région inférieure du rachis et dans la continuité des membres inférieurs ; il ne peut se tenir debout et crie pendant qu'on le transporte sur son lit. A l'examen, pourtant, on ne constate ni rougeur, ni gonflement au voisinage des articulations. La pression dans l'interligne articulaire n'éveille pas de sensations spéciales, mais les mouvements qu'on essaie d'imprimer sont rendus difficiles par une rai-

deur bien marquée des deux membres inférieurs. Il y a en effet à ce niveau une contracture très nette rendant la flexion de la jambe sur la cuisse presque impossible. On provoque très aisément à droite et à gauche de la trépidation épileptoïde. L'exagération des réflexes plantaires et rotuliens est énorme.

L'impotence motrice est plus difficile à constater nettement ; elle semble résulter surtout des phénomènes douloureux que provoque le mouvement. Hyperesthésie généralisée sur les deux membres inférieurs.

A partir de la troisième vertèbre dorsale, le toucher de la colonne est douloureux ; la pression sur les apophyses épineuses des quatrième et cinquième lombaires éveille des douleurs très vives. On ne constate aucun trouble de la vessie ou du rectum.

On porte le diagnostic d'irritation spinale d'origine grippale, infectieuse.

On donne 4 grammes d'antipyrine et l'on fait une application de pointes de feu sur la colonne.

Le 8. — Les douleurs sont moins fortes, la nuit a été bonne ; l'hypéresthésie est moindre au niveau de la colonne.

Le malade lève la jambe dans son lit d'un seul bloc. La contracture persiste ainsi que l'exagération des réflexes, mais la trépidation épileptoïde est moins facile à provoquer.

9. — On constate une grande amélioration ; le malade ne souffre plus, il n'y a plus de trépidation épileptoïde, il se tient sur ses jambes, raide, quand on le met debout et fait quelques pas avec l'aide de deux assistants. La contracture est faible.

10. — Plus de contracture ; le malade marche avec une canne. Seule l'exagération des réflexes persiste encore.

12. — Etat excellent, le malade se lève et marche bien.

14. — Le malade sort guéri.

Observation XV

GRIPPE ET HYSTÉRIE

(Résumé, *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*)

X..., 22 ans, 122e de ligne, n° 23, salle Tissié-Sarrus.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels, tendance assez marquée aux contractures.

Depuis un an, caractère impressionnable, vif, emporté, irascible.

14 janvier 1890.— X..., éprouve tout à coup au Polygone des troubles de la vue, s'assied en choisissant la place où il va tomber et perd connaissance; durée de la crise 15-20 minutes; la température est de 39,5.

15. — T. 39,8; abattement; état saburral du tube digestif. — 1,50 ipéca pour le lendemain.

Le 16, vingt minutes après l'ingestion du remède, avant l'effet du vomitif, coliques, crampes violentes dans les chevilles et les poignets; les membres supérieurs et inférieurs sont pris successivement de contracture, les inférieurs en extension forcée, les supérieurs en flexion, croisés sur la poitrine. Le tronc n'est nullement contracté et repose en entier sur le lit. Durée de la crise une demi-heure sans perte de connaissance. On frictionne le malade, la contracture disparaît, mais plus lentement du côté droit, qui reste anesthésié pendant un temps assez long. Pendant la crise, émission involontaire d'urine, larmes abondantes à la fin.

Les jambes sont douloureuses pendant deux ou trois jours.

Le 28, le malade se lève et peut marcher.

Les membres supérieurs sont revenus à l'état normal, partiellement du moins, aussitôt après la crise.

Le malade entre à l'hôpital, le 27 janvier, dans l'état suivant: l'épaule, le bras, les coudes, l'avant-bras du côté droit ont repris leurs réactions normales; le poignet et la main présentent des modifications remarquables. Le poignet, en extension légère, ne peut être mobilisé qu'avec douleur et cette douleur est localisée au niveau de la face palmaire des tendons fléchisseurs.

Les doigts sont en flexion. La main présente l'attitude de la

préhension ; c'est la main de singe classique. Le malade éprouve de vives douleurs quand on essaie de mettre les doigts en extension.

La sensibilité générale est conservée, la sensibilité à la douleur est complètement abolie au niveau de la main et du poignet droit ; l'analgésie affecte la forme d'un gant. La sensibilité à la température est également abolie dans la même région.

Etat général excellent, pas de troubles des fonctions digestives, respiratoires, pas de troubles sensoriels. — Abolition complète du réflexe pharyngien, en l'absence de toute médication bromurée.

Le malade clignote souvent des paupières. Il n'y a pas de zones hystérogènes. Pas d'amélioration avec l'aimant de Charcot ; l'électrisation faradique a failli déterminer une crise. Le malade est hypnotisable.

Il est atteint d'une contracture hystérique. Faut-il en accuser la grippe ?

Le 14, pendant l'épidémie, il a été frappé brusquement ; la température montait à 39,5 et le lendemain à 39,8 ; or, l'hystérie ne donne jamais de pareilles températures.

La grippe est donc, en l'espèce, la seule qui puisse être incriminée (1).

Ces cas peuvent être rapprochés d'autres semblables signalés dans la *Semaine médicale* du 15 février, où nous lisons, page 64 : M. Bilhaut relate à la Société de thérapeutique les observations de trois malades atteints de grippe qui présentèrent des symptômes nerveux si accusés, qu'il n'était guère possible de ne pas admettre une lésion nerveuse ; deux d'entre eux, en même temps que de l'épilepsie jacksonnienne, furent atteints de paraplégie s'accompagnant de rachialgie intense.

Dans d'autres cas, on put noter l'existence d'une hémiplégie passagère ; dans d'autres circonstances, la grippe réveilla une hystérie éteinte depuis assez longtemps. Enfin M. Bilhaut a observé un cas de mort chez un enfant atteint d'otite à la suite de la grippe ; cette otite s'était accompagnée de phénomènes cérébraux.

---

(1) Depuis son entrée à l'hôpital, le malade a eu cinq crises d'hystérie.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DE LA MALADIE

Nous venons de rapporter des complications portant sur des appareils tout à fait différents. Comment expliquer une telle diversité de phénomènes issus d'une maladie unique? C'est le cas de reprendre le premier caractère attribué par M. le professeur Grasset à l'affection qui fait le sujet de notre travail : « La grippe est une maladie catarrhale, au sens ancien du mot. »

Qu'est-ce tout d'abord qu'une maladie catarrhale?

Cette conception est une œuvre montpelliéraine, et nous ne saurions mieux faire que de citer *in extenso* le chapitre que M. le professeur Dupré, dans ses Considérations cliniques sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale, consacre à sa description. « Quand on soumet à l'analyse clinique l'affection catarrhale, ce mode morbide si commun à Montpellier, dans tout le midi de la France, et je pourrais dire dans toute la région tempérée de l'Europe, une observation attentive y découvre comme phénomènes primitifs, essentiels : un trouble plus ou moins profond des fonctions de l'enveloppe cutanée, considérée comme organe exhalant, sécréteur et sensible ; des accidents nerveux, généraux ou locaux, tantôt spasmodiques, tantôt convulsifs, tantôt douloureux, tels que : constriction de la gorge, oppression qu'aucune lésion pectorale ne justifie encore, petitesse, fréquence, irrégularité du pouls ;

vertiges, assoupissement, troubles plus ou moins marqués de l'intelligence, sensation particulière de chaud et de froid, douleurs dans diverses parties, etc.

Elle y voit comme phénomènes consécutifs, mais étroitement liés aux premiers, une altération dans le produit de certaines sécrétions et l'apparition de mouvements fluxionnaires anormaux qui se dirigent vers les organes disposés à recevoir leur influence. Le tissu musculaire, les membranes fibreuses, les séreuses, le tissu cellulaire, les parenchymes, les nerfs, les glandes et surtout les parotides, les amygdales, les testicules, peuvent être envahis par ces fluxions, aussi bien que les membranes muqueuses, trop généralement considérées comme leur unique aboutissant.

L'affection catarrhale, considérée dans son étiologie, ne dépend ni du chaud, ni du froid, ni du sec, ni de l'humide, ni des vents du midi, ni de ceux du septentrion, ni des causes qui élèvent le baromètre, ni de celles qui l'abaissent ; elle est produite par les alternatives de toutes ces conditions, de l'air, par toutes les causes capables de modifier plus ou moins profondément la sécrétion, l'exhalation, la sensibilité de la peau. Le passage du froid au chaud, de l'humidité à la sécheresse, etc., la produisent aussi bien que les changements inverses. C'est pour cela qu'on la rencontre dans tous les climats, sous toutes les latitudes, dans toutes les saisons, aux bords de la mer comme sur les points les plus élevés du globe, et qu'elle est d'autant plus commune que les variations météorologiques sont plus fréquentes, plus rapides et plus intenses. Quelquefois cependant, son apparition est sans aucun rapport avec les changements sensibles de l'air et on la voit apparaître dans les temps les plus uniformes, les saisons les plus régulières. Elle tient alors à une cause inconnue, à un *quid divinum* que l'on constate sans pouvoir l'expliquer. Dans les circonstances de cette espèce, elle prend ordinairement le caractère épidémique,

et sous les noms de Grippe, d'Influenza, de Quinta, etc., on lui voit quelquefois parcourir le monde. Telles furent, pour ne citer que les plus récentes, les épidémies de 1732-1733 qui envahirent l'Europe entière, celles de 1785-1803, qui désolèrent l'Angleterre, celle de 1837, qui a régné en France et dont M. le professeur Caizergues a donné une bonne description, etc.

Dès son origine, l'affection catarrhale se signale par des caractères qui lui sont propres. Son début n'est ni brusque ni rapide ; il a généralement lieu le soir par un frisson qui n'a point l'intensité, la continuité, la durée du frisson des maladies inflammatoires, des fièvres bilieuses ou des intermittentes. Son caractère particulier est d'alterner avec des bouffées de chaleur, de telle sorte que le malade ne peut dire s'il a chaud ou s'il a froid. Réchauffé, il étouffe promptement ; rafraîchi, il ne tarde pas à frissonner et à réclamer les moyens de caléfaction qui l'incommodent promptement de nouveau. En même temps il éprouve des douleurs contusives dans les membres, dans le tronc, dans les lombes, de la céphalalgie ordinairement sus-orbitaire ; les yeux sont larmoyants, le regard a quelque chose de vif, de brillant ; le nez est plus ou moins embarrassé, la gorge plus ou moins sèche, les oreilles bourdonnent. La fièvre n'est pas la compagne inséparable de l'affection catarrhale; mais pour peu qu'elle soit intense, elle ne tarde pas à s'établir, et dès son début, elle prend un caractère marqué de rémittence; ses exacerbations sont toujours vespérines, et sous ce rapport, comme à d'autres points de vue, elles se distinguent nettement de celles qui sont propres aux rémittences paludéennes. Cette fièvre emprunte souvent aux conditions étiologiques générales et à la nature des sujets qu'elle atteint de préférence, un caractère d'adynamie très marqué dès le début qui impose une grande réserve dans l'emploi des débilitants. Simple, elle dure une ou deux semaines ; mais elle peut facilement se prolonger deux, trois et quatre septénaires de

plus. Les sueurs, les urines, les selles, les crachats sont les modes ordinaires de sa solution.

Sous son influence, des mouvements fluxionnaires se préparent, s'établissent ; et quand ils se fixent sur la plèvre, les poumons, ils constituent les pleurésies, pneumonies, pleuro-pneumonies catarrhales, ou mieux les fluxions de poitrine de ce nom. Leurs signes rationnels et physiques sont, à bien peu de choses près, semblables à ceux des pneumonies, pleurésies, pleuro-pneumonies, etc., qui naissent sous l'influence d'autres états morbides généraux. Ces signes ne peuvent donc indiquer que secondairement la véritable différence de ces états morbides et l'on ne saurait trop répéter que le diagnostic de leur nature, le seul qui puisse éclairer la thérapeutique et devenir son véritable appui, doit être pris à d'autres sources.»

Nous avons tenu à rapporter en entier cette description de l'affection catarrhale, parce qu'elle représente un enseignement que l'on ne saurait accuser sans injustice d'être en opposition avec les progrès du diagnostic et les révélations de l'anatomie pathologique. De plus, si l'on compare le tableau de l'affection catarrhale telle que l'a magistralement exposée le professeur de Montpellier avec la description de la grippe régulière ou même irrégulière, on est frappé des nombreuses et incontestables analogies qui se rencontrent entre les deux affections.

« On peut même dire (1) que les affections catarrhales sont la représentation endémique ou sporadique de la grippe, celle-ci constituant une manifestation épidémique et endémique. On ne saurait mieux comparer les rapports qui unissent l'affection catarrhale et la grippe qu'aux relations qui existent entre le choléra nostras et le choléra indien. La première de ces affections est endémique, on n'en peut déterminer le transport

(1) Grasset, *Montp. médical*, fév. 1890.

par contagion, elle paraît en rapport avec certaines modifications atmosphériques ; le choléra vrai peut être défini sans hésitation : une affection épidémique et contagieuse.

Il faut réserver le nom de grippe aux cas dans lesquels l'affection saisonnière prend des proportions inusitées, se transforme en une maladie générale, universelle, prend, en un mot, les allures d'une grande épidémie populaire.

L'un des caractères les plus importants de l'affection catarrhale, lorsqu'elle se présente sous la forme de maladie épidémique, c'est l'immixtion et la prédominance du système nerveux.

En somme, les deux grandes différences qui séparent la grippe du catarrhe épidémique, de l'affection catarrhale saisonnière, sont : la généralisation de la maladie et l'importance des troubles nerveux. »

Si une maladie a mérité le nom de populaire, c'est bien celle qui nous occupe ; elle a frappé partout, à toutes les portes, à celles des souverains, comme à celles du bas peuple ; elle a atteint tous les âges, les vieillards comme les enfants les plus jeunes. Il est certain que les individus qui, par leur profession, se trouvent le plus habituellement exposés aux vicissitudes atmosphériques, sont aussi les premiers atteints et chez eux la maladie peut être plus intense. « Toutefois, dit Caizergues, si quelques personnes se sont reproché, les unes des écarts de régime, les autres l'imprudence de s'être dépouillées trop tôt des vêtements d'hiver, d'autres, enfin, de s'être exposées à l'impression du froid, chez le plus grand nombre, la grippe s'est développée spontanément ou par la seule influence du principe épidémique. Combien d'individus n'ont-ils pas éprouvé les effets de cette influence, au milieu des plus grandes précautions contre les intempéries de l'air, dans leurs appartements, au coin du feu et même dans leur lit ! Des malades retenus au lit par diverses affections chroniques ont été saisis

de l'épidémie, qui est venue ajouter à la gravité de leurs maux.»

Cette dernière constatation est de date ancienne : en 1782, les médecins de Londres observèrent que la grippe atteignait autant les personnes qui demeuraient enfermées que celles qui s'exposaient à l'air. Quant au tempérament et à la constitution qui disposent à la grippe, rien ne saurait être rigoureusement établi. Laneisi, Levo, Lepecq de la Clôture ont cru que les individus faibles y étaient plus sujets ; mais la plupart des autres observateurs se taisent sur ce point. Plusieurs affirment que tous les tempéraments y sont également prédisposés. En effet, la grippe attaque les hommes robustes aussi bien que les personnes faibles ; les individus forts ont été souvent frappés les premiers.

Mais alors pourquoi cette épidémie, entretenue par une cause unique et toujours la même, s'est-elle offerte sous des formes différentes dont la diversité était en rapport avec les désordres fonctionnels des organes sur lesquels elle avait porté son impression et fixé son siège ? Pendant le cours de la maladie l'on a eu plus d'une fois l'occasion de reconnaître la nécessité de distinguer entre l'affection et la maladie elle-même ; car le principe épidémique a déterminé des maladies diverses, suivant qu'il a intéressé toute la constitution ou qu'en se localisant, il a agi sur telle ou telle partie du système vivant.

Tout le monde connaît, pour l'avoir entendu répéter à satiété, l'exemple de ces trois personnes qui, exposées à un même courant d'air froid, ont été atteintes, l'une de névralgie, l'autre de rhumatisme, tandis que la troisième n'était nullement influencée. Dans l'épidémie de grippe, il en a été de même : les dispositions individuelles inhérentes au sexe, au tempérament, aux habitudes, aux maladies antérieures ont imprimé à l'épidémie des modifications remarquables. De là, ces phénomènes que nous avons rapportés dans nos observations, les uns atteignant le système pulmonaire seul, les autres le système

pulmonaire et le tube digestif, le système cutané, le système nerveux, l'appareil circulatoire, etc.....

Nous avons pu observer l'épidémie principalement chez les militaires; ce sont eux qui nous ont fourni toutes ou presque toutes nos observations. Tandis que dans les salles de malades civils on n'observait que de vieux tousseurs, emphysémateux ou bacillaires, de la catégorie de ceux que l'on voit à l'entrée de l'hiver arriver à l'hôpital pour y attendre des températures moins rigoureuses, la salle affectée aux militaires, du service de M. le professeur Grasset, était insuffisante pour contenir tous les malades, et malgré un roulement très actif qui permettait de créer des places aussitôt que l'homme était en état de partir, l'administration était obligée de placer des malades dans un pavillon nouvellement ouvert. L'élément militaire était-il plus atteint que l'élément civil? Non, certainement, mais dans tous les cas, ces hommes jeunes, arrivés pour la plupart depuis peu dans la garnison, non encore acclimatés, dépaysés, offraient à la maladie un champ immense de développement.

Comme on l'a vu par nos observations, les localisations respiratoires ont été les plus fréquentes, et nous avons pu étudier à fond la bronchite, la broncho-pneumonie, la broncho-pleuro-pneumonie, en d'autres termes, la fluxion portant sur tout l'appareil de la respiration, la fluxion de poitrine. Nous nous garderons de décrire les symptômes de ces diverses affections, ce serait rééditer des chapitres de pathologie interne que tout le monde connaît. Nous ferons toutefois des réserves au sujet de la broncho-pneumonie, qui, dans les traités classiques, est confondue avec la bronchite capillaire. Or, la broncho-pneumonie grippale n'a rien de commun avec le catarrhe suffocant. « La broncho-pneumonie est constituée, non-seulement par la coexistence et la superposition de lésions bronchiques et de lésions pulmonaires (comme son nom l'indique), mais aussi

par une certaine hiérarchie de ces lésions, l'inflammation bronchique étant la première en date. » (Grasset.)

Nous avons constaté également combien étaient nombreux, dans les salles, les malades dans les crachats desquels le microscope révélait la présence des bacilles de la tuberculose. Alors que le relevé des bacillaires, pour le mois de décembre 1888, donne le chiffre de trois tuberculeux dans la salle Saint-Charles, à l'ancien hôpital Saint-Eloi, le relevé de décembre 1889 accuse le chiffre de douze tuberculeux, soit quatre fois plus. C'est une proportion énorme due à l'épidémie de grippe incontestablement. Il est certain que plusieurs de nos tuberculeux étaient porteurs de bacilles avant leur entrée à l'hôpital ; ils ont éprouvé, sous l'influence de l'épidémie, une aggravation très remarquable de leurs maux, et la complication de celle-ci a imprimé une marche plus rapide à l'affection pulmonaire et en a hâté le terme fatal. Un exemple remarquable de ces poussées aiguës de tuberculose nous est fourni par un militaire, couché au n° 31 de la salle B², qui entrait pour la grippe et, quelques jours après, nous présentait le tableau assez complet du catarrhe suffocant, dont l'origine tuberculeuse était vérifiée à l'autopsie. D'autres individus prédisposés à la phtisie ont été atteints de cette cruelle maladie à la suite de la grippe dont ils ont ressenti tous les effets avec plus de gravité que ceux plus favorablement constitués du côté des poumons. Deux de nos malades, le n° 7 et le n° 13, qui font le sujet des Observations IX et X, et dont nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapporter les courbes thermiques, peuvent dater le commencement de leur phtisie de l'invasion de la grippe.

Il est hors de doute que dans l'étiologie de la tuberculose les inflammations broncho-pleuro-pulmonaires, les pleurésies n'ont que la signification de causes occasionnelles ; elles provoquent la manifestation de la diathèse, par irritation locale, mais elles

ne la créent pas de toutes pièces ; il faut qu'elles rencontrent un terrain préparé.

Or, comment concevons-nous la grippe ? Comme une maladie générale frappant tous les systèmes, portant son action de préférence sur les voies respiratoires, agissant d'une façon très marquée sur l'élément nerveux et sur les forces, qu'elle déprime énormément. Ne prépare-t-elle pas ainsi admirablement le terrain à l'éclosion de la tuberculose ? ne facilite-t-elle pas la besogne à une tuberculose qui évolue déjà ?

Nous sommes à une époque où l'on se paie peu de mots. Nous sommes certes les premiers à reconnaître combien l'Ecole de Montpellier avait de courage lorsque, créant la doctrine des constitutions médicales saisonnières, elle soutenait contre l'Ecole anatomo-pathologique que, dans la pneumonie par exemple, la lésion du poumon est l'expression locale et secondaire d'un état général qui est la fièvre pneumonique. Le microscope est venu nous donner raison, et la vieille doctrine a été rajeunie par le microbe. C'était là, il faut en convenir, une pure idée clinique. N'en est-il pas de même pour la grippe, cette maladie qui ouvre la porte à la tuberculose, au rhumatisme (nous avons vu, en effet, dans la dernière épidémie, que le nombre des rhumatisants était considérable, un sur trois en moyenne, et, sur ce nombre, les uns avaient été autrefois atteints, dans ce cas la grippe ne faisait que réveiller la diathèse, les autres l'étaient pour la première fois), aux troubles digestifs, aux troubles nerveux, aux troubles circulatoires. Les variations atmosphériques, l'état de la saison influent sur les maladies existantes ; elles en produisent de toutes pièces ; mais les recherches microscopiques ne pourraient-elles pas contribuer encore à expliquer d'une manière plus nette et plus précise ces mystères que les anciens auteurs cachaient sous le nom de *circumfusa* ?

M. le professeur-agrégé Boinet, chef du laboratoire de la

Clinique médicale, a bien voulu nous montrer trois séries de préparations histologiques relatives au micro-organisme de la grippe.

Dans une première série, il a examiné les sécrétions nasale, laryngée et bronchique de quinze soldats atteints de grippe légère sans complications ; il a trouvé d'une manière générale des quantités de microcoques isolés.

Dans une deuxième série, il a recherché ces mêmes microcoques dans les préparations faites avec les crachats d'une vingtaine de malades atteints de broncho-pneumonie ou de pneumonie grippale ; dans plusieurs cas, il a trouvé une association de ces microcoques avec les pneumocoques dont la présence était à peu près constante.

Les préparations de la troisième série ont été faites avec les cultures positives dans l'agar-agar et le bouillon de veau.

L'ensemencement des crachats donnait naissance à diverses colonies difficiles à isoler ; il paraissait donc préférable de faire les cultures au moyen du sang pris à la pulpe de l'index avec toutes les précautions antiseptiques (lavage à l'alcool, aiguille de platine rougie, etc.). Dans un cas de pneumonie grippale mortelle avec monoplégie brachiale, les cultures du sang de la pulpe de l'index faites deux jours avant la mort ont été négatives ; dans un cas de grippe de moyenne intensité, sans complication apparente, l'ensemencement du sang a produit dans l'agar-agar des colonies blanches porcelainées, à aspect vernissé, à bords légèrement surélevés, à surface plane. Au bout de quelques jours, un semis grenu de petites colonies blanches se forme sur le bord sinueux de la plaque blanche développée autour de la strie d'ensemencement.

Plusieurs générations sont obtenues avec la culture précédente ; elles donnent toujours les mêmes colonies dans l'agar-agar; les cultures dans le bouillon de veau sont également positives.

Des préparations sont faites avec ces cultures et colorées par le violet de méthyle, le violet de gentiane, le bleu de méthyle et la vésuvine de Braun.

Elles renferment des microcoques de même dimension sans mélange avec d'autres micro-organismes ; souvent isolés, ils se présentent sous l'aspect de chaînettes composées de 5 à 6 éléments. La vésuvine de Braun et le violet de méthyle en sont les meilleurs colorants.

M. Boinet a pratiqué dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les veines de l'oreille du lapin des injections avec les cultures précédentes, ne contenant que ces microcoques ; les résultats ont été négatifs. Dans le tissu cellulaire, aucune inflammation n'a suivi l'injection qui s'est rapidement résorbée malgré la quantité du liquide. Ces injections intra-veineuses, pratiquées à diverses reprises, ont amené d'abord un léger abattement accompagné d'amaigrissement, mais l'animal n'a pas tardé à revenir à son état normal et à engraisser.

Nous ne donnons pas, dans ce court exposé, le résultat complet et définitif des recherches du laboratoire de la Clinique que M. le professeur-agrégé Boinet se propose de publier plus tard. Nous avons tenu cependant à les indiquer, pour que l'on puisse les comparer à celles des bactériologistes français et étrangers.

Le 3 janvier 1890, à la Société império-royale des médecins de Vienne, M. Nothnagel faisait une communication, de laquelle il ressortait que la grippe est produite par une bactérie ou mieux par une ptomaïne fabriquée par une bactérie, et la diversité des tableaux cliniques s'explique par la diversité des organes sur lesquels le poison agit ; on est donc réellement en présence d'une maladie infectieuse, qui frappe l'appareil respiratoire (nez, larynx, trachée et bronches) ; le système nerveux (insomnies, névralgies, maux de tête, douleurs musculaires) ; l'appareil digestif (anorexie, vomissements, diarrhée).

M. Bouchard a trouvé, non pas un microbe pathogène, mais trois ; deux de trop, dit-il, si l'on voulait découvrir l'agent spécifique de la grippe : le staphylococcus pyogenes aureus, le pneumocoque et le streptocoque, qui a été rencontré dans quelques pneumonies et dans deux pleurésies suppurées. Il conclut en disant que le streptocoque de la grippe n'est autre que celui de l'érysipèle, et, par conséquent, de l'infection purulente, de la fièvre puerpérale, des pseudo-rhumatismes.

M. Vaillard, à la Société médicale des hôpitaux, rendant compte de ses recherches bactériologiques les résume en disant que chez les sujets qui succombent à la grippe, on trouve un streptocoque dans le sang, la rate, le poumon ou les liquides épanchés ; trois fois sur quatre le microbe était absolument seul ; dans un autre, la rate contenait en outre, le staphylocoque pyogène ; des empyèmes consécutifs à la grippe renfermaient un streptocoque, qui est constant chez les sujets atteints de la grippe.

Les recherches de Netter, de Duponchel, de Gruber, de Weichselbaum, de Comby, révèlent dans les crachats des sujets atteints de grippe, la présence du streptocoque, qui, cultivé dans l'agar-agar, la gélatine, le sérum, et inoculé ensuite aux animaux exerce une action réelle sur quelques-uns d'entre eux, la souris blanche et le lapin. Chez la souris blanche, l'inoculation d'une ou deux gouttes de culture détermine la mort, du troisième au cinquième jour. Le sang et les viscères contiennent toujours le streptocoque. Chez le lapin, l'inoculation d'une seule goutte de culture détermine une rougeur érysipélateuse avec œdème ; l'inoculation dans le sang ou le péritoine amène la mort du huitième au quinzième jour, avec des lésions pleurales, péricardiques ou pulmonaires. D'où ce fait que le streptocoque rencontré dans la grippe ne s'éloigne pas sensiblement, par son action sur les animaux, du streptocoque de l'érysipèle.

Quelles conclusions tirer de tout cela ? Il est certain que le streptocoque joue un rôle important dans la maladie, mais est-il la cause même de la maladie ? Rien encore n'autorise à l'affirmer ; d'une part, à l'état normal, on le trouve souvent dans la salive; d'autre part, il n'est pas seul en cause dans les diverses manifestations de la grippe. Netter signale, en effet, deux pneumonies en rapport avec la grippe et à pneumocoques ; trois otites dont deux étaient à pneumocoques, une à streptocoques.

Dans la même séance, à la Société médicale des hôpitaux, M. Chantemesse résumait les débats en ces termes : « Je crois que le micro-organisme pathogène de la grippe est encore à découvrir. »

Nous devons à notre excellent ami M. le Dr Monvenoux le résumé de recherches qu'il a faites avec M. le professeur Charrin (de Paris), desquelles il tire la conclusion suivante :

« On a trouvé dans la grippe des microbes connus, habitant dans le milieu de l'homme, et ces microbes produisent des infections secondaires par suite du défaut de résistance des divers appareils ; pour nous servir d'une expression empruntée au langage courant : c'est la place d'armes qui s'affaiblit. »

RÉSUMÉ

En résumé, la grippe est une maladie générale dont les manifestations affectent surtout le système nerveux et l'appareil respiratoire, mais peuvent aussi porter sur l'appareil digestif, l'appareil circulatoire et le système cutané.

Les complications de la grippe sont dues soit à une exagération des formes normales de la maladie, soit à l'intervention d'autres états morbides qui viennent se surajouter à la maladie primitive.

La clinique et le microscope s'accordent à le démontrer.

Vu permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 mars 1890.
Le Recteur,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu bon a imprimer :
Montpellier, le 10 mars 1890.
Le Doyen :
A. CASTAN.

BIBLIOGRAPHIE

Grasset. — Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-90.

Caizergues. — Rapport sur l'épidémie vulgairement connue sous le nom de grippe, qui a régné à Montpellier en 1837.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne.

Doussain. — Contribution à l'étude des formes cliniques et du diagnostic de la grippe. Thèse de Paris, 1880.

Ménétrier. — Grippe et pneumonie. Thèse de Paris, 1886.

Dartigolles. — De la fièvre catarrhale. Thèse de Paris, 1873.

Fuster. — Monographie clinique de l'affection catarrhale. Montpellier, 1861.

Dupré. — Considérations cliniques sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale. Montpellier médical 1860.

Grasset. — Étude clinique sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale. Montpellier médical 1874.

— Leçons sur deux cas d'hystérie provoquée par une maladie aiguë (fièvre typhoïde et grippe). Gazette hebd. des sciences médicales de Montpellier, mars 1890.

Semaine médicale, nos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, année 1890.

Gintrac. — Art. Grippe du Dict. de méd. et de chir. pratiques.

Worms. — Des formes diverses de la grippe et de quelques épiphénomènes. Gazette des hôpitaux, février 1858.

Brochin. — Art. Grippe et Catarrhe, *in* Dict. encyclopédique des sciences médicales.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

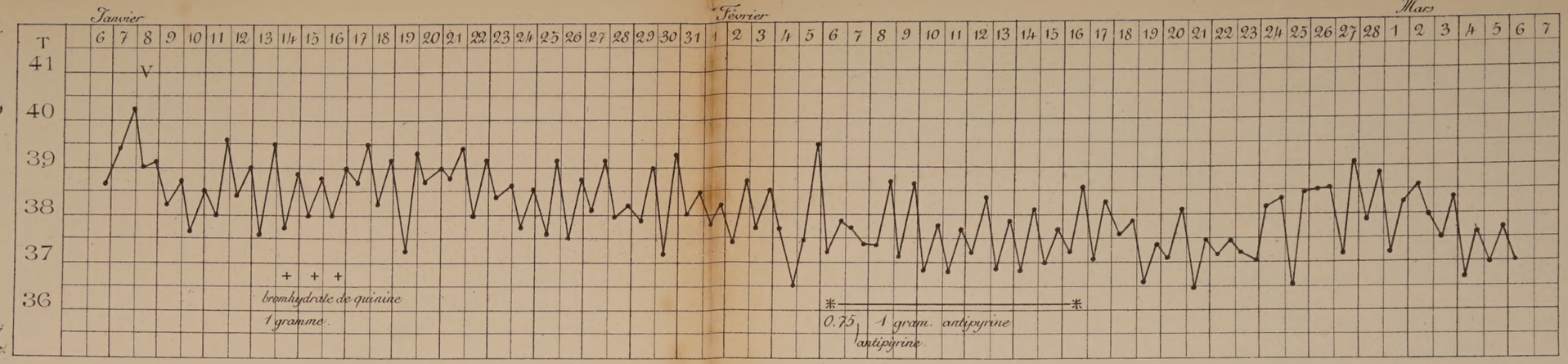
Dates Janvier 1890.
Jours de la Maladie.

Fiévreux Mres

B2 V. 22 ans.
2e Génie.

N° 7

Pleuro-pneumonie à gauche;
infection bacillaire consécutive.

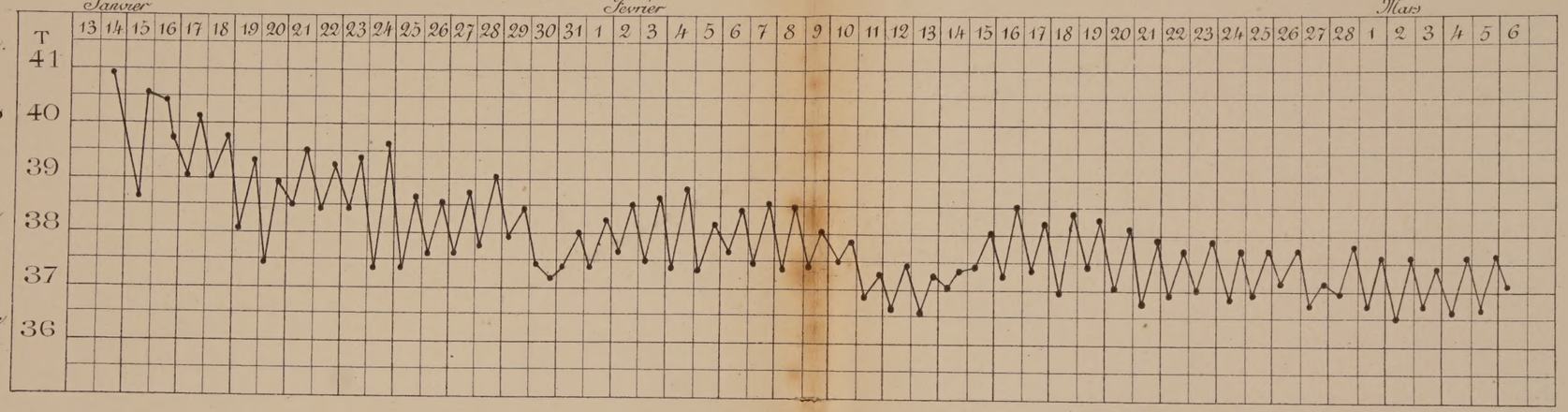


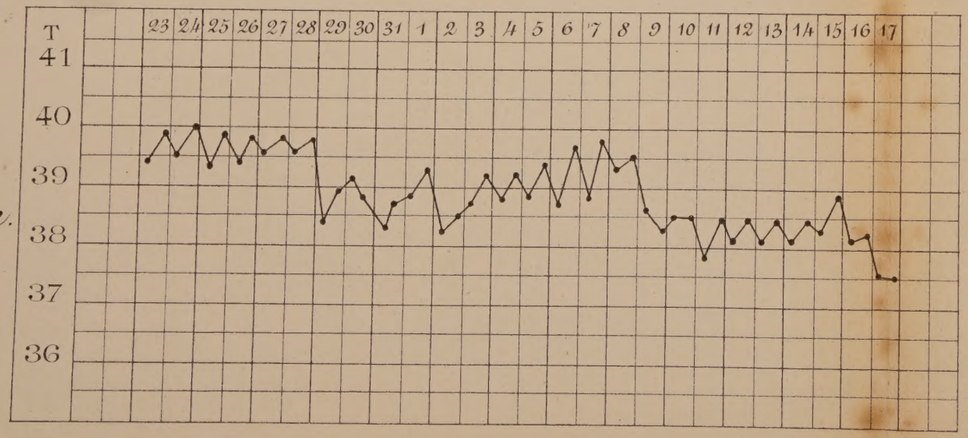
Dates Janvier 1890
Jours de la Maladie.

Fiévreux Mres

B2 R. 19 ans. 2e Génie
N° 13.

Broncho-pleuro-pneumonie
gauche;
infection bacillaire (?)



Dates Janvier 1890
Jours de la Maladie.

Hôpital
de la
Croix-Rousse.